

WISCONSIN FAMILY MEDICAID, BADGERCARE, AND FAMILY PLANNING WAIVER APPLICATION SOLICITUD PARA LOS PROGRAMAS FAMILY MEDICAID, BADGERCARE Y PLANIFICACIÓN FAMILIAR DE WISCONSIN

Antes de completar esta solicitud, lea las instrucciones adjuntas. Utilice sólo tinta azul o negra.

SECCIÓN I - INFORMACIÓN DEL CLIENTE

¿Necesita ayuda para pagar los servicios de cuidado de la salud recibidos en alguno de los tres últimos meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar es ciego, discapacitado o incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Marque el idioma en el que desea recibir las notificaciones. <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español	Idioma que se habla en el hogar.	Case Number	Date Received
Nombre de la persona que solicita la ayuda (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)		Número de teléfono (incluya el código de área)	Damos por sentado que sus hijos asisten a la escuela a tiempo completo. Indique los nombres de los niños menores que <u>no</u> asistan a la escuela a tiempo completo.		
Domicilio (calle, ciudad, estado, código postal)			Domicilio postal (sólo si difiere del domicilio particular) (calle, ciudad, estado, código postal)		

SECCIÓN II - INFORMACIÓN GENERAL (Para completar esta sección, consulte las instrucciones correspondientes.)

Nombre todos los miembros de la familia que viven con usted. (Por ejemplo: usted, su cónyuge, padre, madre, hijos, hijastros, etc.) Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.	¿Solicita cobertura de Medicaid o de BadgerCare?	¿Solicita la cobertura Family Planning Waiver?	Número de Social Security (sólo para solicitantes)	Fecha de nacimiento (MM/DD/AA)	Sexo	Código de estado civil	¿Es ciudadano estadounidense? (sólo para solicitantes)	Código de raza u origen étnico (opcional)	Relación con el solicitante
Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			M F		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SECCIÓN III - INFORMACIÓN SOBRE PADRE O MADRE AUSENTE (Para completar esta sección, consulte las instrucciones correspondientes.)

¿Hay algún menor en la familia cuya madre o padre biológico o adoptivo no resida en el mismo hogar? Sí No (Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.)

Nombre del padre o madre (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Número de Social Security	Fecha de nacimiento	Nombres de los hijos	Relación con el hijo
				<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre
				<input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Padre

Razón de la ausencia del padre/madre	Fecha en que el padre/madre partió del hogar	Fecha del último contacto con el padre/madre	Orden judicial de divorcio o paternidad		
			Número de caso	Condado	Estado

SECCIÓN IV - EMPLEO

¿Usted o algún miembro de su familia trabaja? Sí No (Si la respuesta es "Sí", complete la sección que figura más abajo.)

¿Alguna de las personas nombradas más adelante es un trabajador migratorio? Sí No

Nombre de la persona que trabaja	Empleador (nombre completo, dirección y teléfono)	Fecha de inicio del empleo	Ingresos brutos mensuales previstos para este mes (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)	Ingresos brutos mensuales previstos para el mes próximo (antes de la aplicación de impuestos y deducciones)

SECCIÓN V - EMPLEO INDEPENDIENTE

¿Usted o algún miembro de su familia trabaja en forma independiente? Sí No

Nombre completo (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre)	Empresa (nombre y domicilio)	Rubro	Ingreso neto anual	Monto de depreciación reclamado	Ingresos previstos para este año

SECCIÓN VI - INGRESO NO SALARIAL (Para completar esta sección, consulte las instrucciones correspondientes.)

¿Algún miembro de su familia percibe ingresos no salariales? Sí No Si la respuesta es "Sí", complete la siguiente sección por cada tipo de ingreso. (Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.)

Tipo de ingreso	Sí / No	Nombre	Monto bruto mensual	Tipo de ingreso	Sí / No	Nombre	Monto bruto mensual
Social Security / Supplemental Security Income (SSI)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	Subsidio por enfermedad o invalidez	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Mantenimiento / sustento de menores	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	Intereses / dividendos	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$
Compensación por accidentes de trabajo o desempleo	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	Beneficios para veteranos de guerra	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$
Otros ingresos (describir):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$	Otros ingresos (describir):	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		\$

SECCIÓN VII - Seguro

¿Alguna persona posee actualmente seguro médico o de salud o lo tuvo en los últimos tres meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre / domicilio de la compañía de seguro	Nombre del asegurado	Número de póliza	Fecha de inicio	Fecha de finalización	¿Quién está cubierto por la póliza?
---	--	---	----------------------	------------------	-----------------	-----------------------	-------------------------------------

SECCIÓN VIII - Cuidado infantil (Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.)

¿Alguien paga por el cuidado de un niño o adulto para poder trabajar, buscar trabajo, asistir a la escuela o recibir capacitación?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién paga por este servicio?	¿Quién recibe el pago?	¿Vive esta persona en su hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién recibe los cuidados?	Monto mensual \$
--	--	--------------------------------	------------------------	--	-----------------------------	---------------------

SECCIÓN IX - Sustento de menores (Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.)

¿Alguien paga sustento de menores?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Quién paga el sustento de menores?	¿Quién recibe los pagos para el sustento de menores?	Monto mensual \$
------------------------------------	--	-------------------------------------	--	---------------------

SECCIÓN X - Embarazo (Si necesita más espacio, agregue una segunda hoja.)

¿Hay alguna mujer embarazada en su hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuál es el nombre completo de la mujer embarazada?	Fecha de parto	¿Se espera un nacimiento múltiple? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántos bebés se esperan?
---	--	---	----------------	---	----------------------------

SECCIÓN XI - DERECHOS Y OBLIGACIONES

Antes de firmar, lea la sección "Derechos y obligaciones" en las instrucciones.

Declaro comprender las preguntas y enunciados de este formulario de solicitud. Comprendo las sanciones que supone brindar información falsa o infringir las reglas. Certifico bajo pena de falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender, incluso en lo que atañe a la nacionalidad de cada miembro de mi familia que solicita los beneficios. Acepto suministrar la documentación que sea necesaria para probar mis dichos. Comprendo que el organismo puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones a fin de obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

FIRMA del solicitante o representante autorizado	Fecha
---	-------